



Sexualidad y trauma. Intersticios y tensiones clínicas de la práctica psi en una Consejería de Salud Sexual¹

Sexuality and trauma. Interstices and clinical tensions inherent psi practice in the device of Sexual and Reproductive Health Counseling (CSSyR)

Ana Victoria Quintero²

“No hay que creer que, diciendo sí al sexo, se le dice no al poder.”
(Foucault; 1976; p.149).

Resumen

El presente trabajo plantea un recorrido en torno a lo que se suponen las tensiones clínico epistemológicas inherentes a la práctica psi en el dispositivo de Consejería de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR) en el marco de un Hospital General. Para ello se propone el análisis del interjuego dialéctico entre las dimensiones singulares, particulares y universales, a partir de viñetas clínicas³ y sus respectivas intervenciones psicoanalí-

ticas, aportando, a su vez, una lectura articulada de las políticas públicas que atañen a la salud sexual y reproductiva de la población. Se ubicará en el dispositivo de la CSSyR la diferencia puesta en acto entre la mirada desde el psicoanálisis basada en el sujeto deseante y la concepción legal higienista de la sexualidad sostenida por el discurso médico hegemónico. Dicho análisis requiere de un trabajo genealógico del entrecruzamiento entre salud, reproducción y sexualidad y la vuelta hacia el sujeto. El itinerario propues-

1 El presente artículo se basa en el Trabajo Integrador Final de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria denominado “Intersticios de una práctica situada. A propósito de las tensiones clínicas en la práctica psi en una Consejería de Salud Sexual”, de mi autoría, dirigido por Dr. Sebastián Grimblat, presentado en el año 2021.

2 Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, Egresada de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), Ex Jefa de Residentes de la RISaM. Actualmente miembro del Servicio de Salud Mental del Hospital Escuela “Eva Perón” de la localidad de Granadero Baigorria, Docente de la Cátedra de Neuropsicología y Psicología del Desarrollo de la Facultad de Psicología–UNR y Coordinadora del Programa de Fortalecimiento de Trayectorias Escolares dependiente del CEI–UNR.

3 Se deja constancia de que, debido a que en el presente trabajo se retoman viñetas clínicas de pacientes con quienes no se cuenta contacto actual para solicitar consentimientos pertinentes, se han tomado los recaudos necesarios a los fines de resguardar la identidad de las personas concernidas, garantizando el anonimato de las mismas, en tanto ninguno de los casos conserva datos que puedan revelarla, utilizando nombres alternativos a los suyos reales.

to constituye una lectura desde lo macro a lo micro de las prácticas, lectura –no sin vaivenes– que puede ser puntapié para análisis futuros de los diferentes ámbitos donde se inscribe la labor de los practicantes del psicoanálisis, atendiendo a la importancia insoslayable de la clínica, la ética y la política como tríptico fundamental de la caja de herramientas para el aventurarse por el territorio psi.

Palabras clave: salud sexual – sexualidad – trauma – clínica – ética

Abstract

The present work proposes a journey around what are supposed the epistemological clinical tensions inherent to psi practice in the device of Sexual and Reproductive Health Counseling (CSSyR) within the framework of a General Hospital. To this end, we propose the analysis of the dialectical interplay between the singular, particular and universal dimensions, from clinical vignettes and their respective psychoanalytic interventions, providing, in turn, an articulated reading of public policies that concern the sexual and reproductive health of the population. In the CSSyR device will be placed the difference put into action between the look from psychoanalysis based on the desiring subject and the hygienic legal conception of sexuality sustained by the hegemonic medical discourse. Such analysis requires a genealogical work of the intersection between health, reproduction and sexuality and the return to the subject. The proposed itinerary constitutes a reading from the macro to the micro of the practices, reading –not without swings– that can

be a kick for future analyses of the different areas where the work of practitioners of psychoanalysis is inscribed, taking into account the unavoidable importance of the clinic, ethics and politics as a fundamental triptych of the toolbox for venturing into psi territory.

Keywords: sexual health – sexuality – trauma – clinic – ethics

Introducción

Las CSSyR se presentan como un dispositivo diseñado para asistir y trabajar situaciones de vida de quienes consultan, las cuales se encuentran atravesadas por la compleja problemática que vincula salud, sexualidad y reproducción. La perspectiva de este dispositivo plantea un abordaje diferente al modelo médico hegemónico (Menéndez; 1990; p. 83) centrado por lo general en lo inherente a la salud reproductiva, como así también a las enfermedades asociadas a esta cuestión, habituales en el marco de un diseño clásico de asistencia. Por el contrario, las CSSyR plantean una comprensión más amplia para abordar situaciones muy diversas que exceden el marco clásico de la salud y la enfermedad.

Dada la complejidad de las situaciones a abordar, los equipos, en su mayoría, se componen por referentes de distintas disciplinas: tocoginecología, profesionales psi y trabajo social, entre otras. La demanda con la que se suele trabajar está referida en mayor medida a interrupciones del embarazo, enmarcadas en la provincia Santa Fe dentro del protocolo de ILE hasta la sanción de la Ley N° 27.610 (2020) a nivel nacional. Le siguen las consultas sobre anticoncepción y,

en menor medida, orientación en cuestiones relativas a la sexualidad y los diferentes modos de habitarla y/o transitarla. Generalmente quienes consultan son mujeres cis género que acuden a modo de demanda espontánea o por derivación, ya sea de efectores de primer o segundo nivel de atención o, grupos de la sociedad civil (movimientos feministas, colectivos de género gubernamentales y no gubernamentales, socorristas, etc.). Se delinean así dos modalidades de atención, una que corresponde a la oportunidad de intervención en la urgencia a partir de la espontaneidad del pedido de abordaje y la programada. En cualquiera de los dos modos se requiere indefectiblemente de un encuadre propio donde prime la disponibilidad de tiempo –sin interrupciones– y se garantice la privacidad del espacio íntimo.

En este sentido, el modelo de CSSyR se constituye como un espacio de atención con criterio de *clínica ampliada* (Souza Campo; 2009 [2001]; p.74), es decir, una atención centrada en las personas reales, donde el problema de salud es parte de su existencia. La atención de la salud sexual y la salud reproductiva intenta incluir el problema, el contexto y al propio sujeto. Este modelo se encuentra emplazado en el sistema de salud a partir de una serie de cambios históricos en lo que respecta a la compleja relación entre sexualidad y reproducción y el reflejo de ello en marcos normativos y legislativos.

En los últimos quince años, en consonancia con diversos movimientos simultáneos en varios países occidentales, en la Argentina se vienen produciendo una serie de hitos legislativos que se encuadran en lo que se conoce como paradigma de derechos. Éstos básicamente alcanzan a minorías, tales como la niñez, las mujeres y los

colectivos LGBTIQ+, incluyendo los denominados derechos sexuales –que aluden a la salud sexual y reproductiva– entre otros de materia sanitaria, los cuales han adquirido un protagonismo preponderante en la puesta en acto de la generación de políticas públicas que acompañen las demandas poblacionales y los requerimientos en la atención de salud. No obstante, ello no deja de constituir dos caras de una misma moneda desde la mirada biopolítica. Es decir, a medida que el Estado otorga mayores y mejores oportunidades en materia de accesibilidad a derechos fundamentales para los ciudadanos, traza micropolíticas que toman terreno en el ámbito de la vida privada de los mismos. La sexualidad no quedará por fuera de esta cuestión, en tanto, en apariencia, las políticas sanitarias referidas a ella por momentos parecen desconocer el carácter desbordante, no cuantificable, indomable y de exceso que la misma inviste. Es de este modo que surge la pregunta acerca de si aquellas legislaciones en torno a la sexualidad constituyen la conquista de derechos para los ciudadanos o, si justamente detrás de las mismas, se esconde cierta conquista sobre el territorio de los cuerpos y los modos de goce de la población.

Las consejerías de salud sexual como dispositivo de tramitación de lo indecible

La preocupación en torno a la sexualidad, fundamentalmente la femenina, ha sido materia de la cosa pública, marcada por el imperativo de la intervención sobre el cuerpo y las decisiones, trazando desde antaño mecanismos de control a través de estrategias tanto anatómo-políticas

como biopolíticas sobre las corporalidades, mientras que al mismo tiempo se constituye como un tema tabú, para el cual pocas veces se encuentra espacio para abordarlo. Es en esta intersección entre lo público y lo privado, o más precisamente lo íntimo, que se comienzan a configurar las CSSyR, las cuales han sido propuestas oficialmente como un espacio de encuentro (...) que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible (Ministerio de Salud, 2015, p.11).

Según lo establece el Ministerio de Salud (2015), las CSSyR sostienen la perspectiva de género y el enfoque de derechos, apuntando al abordaje integral de las situaciones que se recepcionan, entendiendo que los derechos sexuales son los referidos al “disfrute de una sexualidad libremente elegida” (p.10). Al disfrute se lo puede definir como la acción de disfrutar, es decir, “experimentar gozo, placer o alegría con alguien o algo” (Real Academia Española; 2022; p. s/n). Ahora bien, legislar acerca del disfrute ¿no introduce acaso cierta universalización de los modos subjetivos del gozar, confundiéndose términos que se excluyen desde una mirada psicoanalítica? Se recortan así tres categorías que, si bien desde el discurso común pueden tomarse como sinónimos, el psicoanálisis los hace entrar en tensión: el disfrute, el placer y el goce. En primer lugar, parece ubicarse al disfrute como un ejercicio “normal” de la libertad individual simplificando una relación en extremo compleja, ya que ello no responde sólo al acceso de lo placentero, es decir, lo inconsciente desborda a la biología, en tanto exce-

de a la mera satisfacción de una necesidad, delineándose un más allá del principio de placer. En segundo lugar, cabe destacar la oposición entre placer y goce, aludiendo a la distinción hegeliana, en cuanto que el principio de placer opera como un límite al goce y en tanto que más allá de este límite, el placer se convierte en dolor y este placer doloroso es lo que Lacan (1960) llamará goce. Tercero, a nivel fantasmático nos encontramos con implicancias singulares respecto a la relación que el sujeto establece con sus objetos de deseo en cuanto a su propia trauma pulsional, imposible de universalizar. Finalmente, el psicoanálisis entiende a la angustia como mediadora entre el deseo y el goce (Lacan; 2006 [1962–63]), constituyéndose así en el seno de un conflicto insoslayable entre instancias psíquicas, el cual resulta subjetivamente constitutivo.

Desde el psicoanálisis, la expresión acerca “derecho al disfrute sexual” establecería un modo de regulación ante un aspecto de la vida psíquica en extremo ambivalente, complejo y desbordante de la conflictiva relación entre deseo y ley. Ahora bien, esta categoría de disfrute parece poner al disfrutar y al placer en un mismo plano a modo de una ecuación, como si esta implicara una relación lineal y causal, lo cual no sólo representa una mirada reduccionista, sino que plantea un problema a la hora de introducir la singularidad de la sexualidad, atravesada por múltiples determinaciones. Entonces, ¿es ajustado hablar desde una lectura psicoanalítica del pleno disfrute de la sexualidad? ¿Es posible la plenitud del disfrute de aquello que no sólo genera tensión a nivel del aparato psíquico, sino que implica lo desmesurado, incuantificable e indomable de la dimensión humana? ¿Es atinado hablar de



una sexualidad libremente elegida cuando sabemos de los influjos inconscientes a los que la constitución de la misma se encuentra sometida? Todos estos interrogantes dan paso a pensar la noción de goce que caracteriza aquel exceso propio no sólo de un sujeto para con otro en su condición significante, sino de la relación fantasmática del sujeto consigo mismo y, esta complejidad implícita e inherente al género humano hace que no pueda pensarse de manera lineal la relación de los sujetos con la sexualidad, en general y sus sexualidades, en particular. *Sexualidades*, en plural, dado que no hay una única forma de atravesarla, experimentarla y no está dada de una vez y para siempre de manera inmutable en cada sujeto.

Los espacios de consejería abren la posibilidad de atender al cuidado de cuestiones que exceden el marco de la enfermedad y la reproducción, es decir, el equipo de salud se encuentra, en la mayoría de los casos, frente a personas que necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida, como es la sexualidad, en donde muchas veces lo indecible busca palabras y lo traumático sobrevuela. De este modo importa remarcar el carácter de dispositivo de las CSSyR en tanto catalizadoras de lo dicho y lo no-dicho, que abren la dimensión del plano de la discursividad. *Lo dicho* puede representarse como lo tangible, aquello que se constituye como lo observable y accesible, pero en el orden de lo *no dicho*, la cosa se torna difusa, dado que no resulta suficientemente claro el estatuto que deben tener los componentes que se pueden incluir en tal conjunto. Esta articulación entre lo dicho y lo no-dicho muchas veces trasluce lo traumático del encuentro del sujeto con la sexualidad.

Al respecto, Freud señala que, frente a la impresión traumática, que despierta un afecto que no puede ser atemperado, el sujeto se ve conducido a “olvidar, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía” (Freud; 2007 [1894]; p.49). Así, el olvido se produce como resultado de la operación de defensa que implica la separación del monto de afecto correspondiente a la representación penosa. De este modo se aparta la representación inconciliable para la conciencia y se desplaza el afecto sobre una representación indistinta y en apariencia “inofensiva”, en la neurosis obsesiva, o sobre un recorte representacional del cuerpo, en la histeria. Ahora bien, lo traumático se cuela, se desliza y por momentos se devela en el tránsito de quienes consultan en la CSSyR, ya que muchas veces se trabaja sobre lo no dicho y sobre las marcas subjetivas que han dejado indeleble, los encuentros o des–encuentros con lo sexual, en tanto ello no halla inscripción en el aparato psíquico. Es así que cuando se recepciona un pedido, por ejemplo, de interrupción de un embarazo, es importante la no coagulación de sentido de aquello que se solicita y sí reparar en las demandas discursivamente implícitas.

Lo traumático y su estatuto de indecible se ponen de manifiesto en el espacio de consejería, pero si bien el trabajo psi en este ámbito se presenta acotado en relación al tiempo de abordaje, supone intervenciones que apunten a hilvanar aquello que aparece como fragmentado, siendo puerto de partida, muchas veces, de un espacio individual posterior. En este punto se hallan líneas de entrecruzamiento con la clínica de la urgencia.

cia, la cual propone introducir un tiempo en el sin tiempo del padecimiento.

Intersticios de la clínica en el dispositivo de Consejería de Salud Sexual

Tres viñetas clínicas⁴ ayudarán a arrojar luz sobre las tensiones implícitas en el trabajo psi en el ámbito de la CSSyR de un hospital general, a los fines de analizar el interjuego dialógico entre clínica, ética y política que atraviesa a los practicantes del psicoanálisis y el modo en que ello impacta en las intervenciones sobre los sujetos que acuden a este dispositivo en búsqueda de auxilio.

Caso Ana. La sexualidad como excepción en el discurso. La tocoginecóloga de la CSSyR recibe comunicación telefónica de parte de psicóloga tratante, quien refiere que en el día de la fecha se acercará a su turno una paciente atendida por ella, que cuenta con diagnóstico de “esquizofrenia”, para realizar una consulta acerca de dudas respecto a su “idea delirante” sobre quedar embarazada. La tocoginecóloga se alarma, refiere “no contar con los recursos necesarios como para atender este tipo de situaciones” y solicita la participación de la psicóloga que presta servicio a la Consejería. Así se recepciona a Ana, paciente de 26 años, que inicia tratamiento por Salud Mental hace tres años atrás, por presentar episо-

dios de heteroagresividad en el contexto de un cuadro de descompensación psicótica. Desde aquella oportunidad, la paciente refiere con insistencia sentirse “estafada” ya que es la única de los seis hermanos que no tiene hijos. De este modo, con un discurso errático, por momentos incoherente, sitúa su interrogante, y en un trabajo arduo de escucha se intenta apuntalar algo de aquello que claramente le genera sufrimiento: “¿cómo quedar embarazada?”. Esta pregunta, si bien en apariencia apunta a una cuestión que pueda responderse desde el espacio de un consultorio de salud sexual, en realidad enmascara aquella incógnita que para este sujeto implica interrogarse por eso que le brindaría sustancia ontológica a su existir. El significante madre o, mejor dicho, hijo, viene justamente a demostrar la ruptura de la cadena en donde ella misma parece quedarse sin representación en tanto sujeto. Allí es donde en apariencia cae de la serie en la que sí se inscriben sus hermanos: la de “tener un hijo”, más que “ser madre”, como si en el discurso de la paciente este tener, contrapuesto al ser, vendría a proveer aquella prótesis subjetiva que requeriría para ser inscripta en una cadena significante.

Con intenciones didácticas, la médica procura explicar algo de la biología femenina en torno a cómo quedar embarazada. Casi en un intento pedagógico se pretende dar cuenta de que allí, en el acto sexual, se encuentra la posibilidad de procrear y, al mismo tiempo, compone ese exceso que implica la sexualidad misma y que constituye lo indecible. Pero estas explicaciones parecían ser infructíferas, como si hablaran dos idiomas diferentes. Este recorte clínico constituye un claro ejemplo de que la consulta a la CSSyR tuvo un lugar meramente disciplinar,

⁴ Se deja constancia de que, debido a que en el presente trabajo se retoman viñetas clínicas de pacientes con quienes no se cuenta contacto actual para solicitar consentimientos pertinentes, se han tomado los recaudos necesarios a los fines de resguardar la identidad de las personas concernidas, garantizando el anonimato de las mismas, en tanto ninguno de los casos conserva datos que puedan revelarla, utilizando nombres alternativos a los suyos reales.



en tanto que aparece el interrogante respecto a si se ha podido instalar en el análisis la pregunta acerca de qué lugar ocupa la sexualidad en el acontecer psíquico de la paciente.

Este caso enfrenta al equipo al interrogante acerca de cómo conseguir quedar embarazada y, fundamentalmente, al anhelo respecto a aquel hijo que pueda ser pasaporte para el ingreso a la cadena filiatoria de la paciente. Aquí confluyen, entonces, esa homologación, por un lado, entre maternidad y sexo y, por otro, la pregunta respecto a cómo trabajar dicho acople de significantes desde el trabajo en la psicosis. Sabemos por Marie Langer (2002a) que el deseo –o su falta de– se constituye como articulador entre estos dos aspectos: maternidad y sexo. Ahora bien, ¿es posible hablar en este caso de deseo de ser madre/deseo de un hijo?, ¿cómo se constituyen estos términos en este caso que nos enfrenta ante la apuesta de una inscripción imposible? Al finalizar la entrevista quedó en el equipo el sabor amargo respecto a los intentos *estériles* en torno a que la paciente pudiera encontrar la respuesta que buscaba, sin embargo, la intervención al interior del equipo de quien lleva a cabo la escucha psicoanalítica, introdujo que las respuestas que la paciente pareciera estar buscando exceden las posibilidades concretas de lo que se le pueda decir desde el espacio de consejería. Esa pregunta es fundamental y a la vez fundante de la paciente que escapa a los intentos de cristalizarla porque hay allí un más allá que se escurre. Será labor de quien esté a cargo de la dirección de la cura o su tratamiento, quien deba construir ese interrogante en contraposición de buscar o encontrar respuestas acabadas.

Caso Bella. ¿El hijo como restitutivo en la psicosis? Se recibe comunicación telefó-

nica de parte de una psicóloga del hospital, quien refiere llamar para “solicitar una ILE⁵” para una paciente que atiende por consultorio externo, ya que consideraba que la misma “no estaba en condiciones psíquicas para maternar”. En esa oportunidad se trabaja acerca del mecanismo por el cual se accede al espacio de la CSSyR de ese efecto y se inauguran interrogantes en torno a este pedido de una ILE, dado que no se solicitaba un espacio de escucha para la misma, sino directamente el acceso a la interrupción de su embarazo.

Bella es una joven de 19 años que tiene atenciones de salud mental desde su temprana adolescencia, tras un ingreso por guardia externa debido a “sobreingesta medicamentosa de benzodiacepinas, cortes autoinflingidos y alucinaciones auditivas”, tal como figura en su historia clínica. Bella ha presentado predominantemente síntomas negativos, mostrándose “desafectivizada”, refiriendo una “gran tristeza”, ideas de ruina, ideación suicida y falta de autocuidado e higiene. Presentaba asimismo trastornos en la alimentación –disminución de peso y vómitos–, que continúan hasta la actualidad. Luego de una breve internación continúa su atención ambulatoria, requiriendo en otras oportunidades hospitalizaciones por salud mental en ocasión de crisis subjetivas. Desde el inicio de su vida, Bella se ha encontrado en un entramado de ocultamiento respecto a su propia identidad, que, como resultado ha perpetuado una situación de pleno desamparo y vulnerabilidad de sus derechos. La filiación de Bella ha estado signada por una

5 Interrupción Legal del Embarazo, sujeto a la adhesión de la provincia de Santa Fe al Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo, previo a la sanción de la Ley N° 27.610 (2020).

sucesión de abandonos, y la configuración de secretos familiares en torno a su identidad. Esto conlleva un impacto en su constitución subjetiva desde los cimientos de su temprana infancia y por consiguiente en los orígenes de su psiquismo. Lo familiar, lo ominoso, lo *unheimlich* (Freud; 2013 [1919]), se hace presente de manera inquietante, trazando un blindaje endogámico donde parecen quedar pocas posibilidades para ensayar una salida que no sea a través de lo patológico.

Tras discontinuar turnos⁷ con su equipo de salud mental por algunos meses, Be-

6 Freud arribará a la conclusión de que la palabra *unheimlich* termina por coincidir con su término opuesto, *heimlich*. Si bien *unheimlich* alude a lo siniestro o pavoroso y *heimlich* a lo familiar, íntimo o doméstico, el análisis lingüístico de Freud demuestra que ambos términos, aparentemente contradictorios, terminan por converger semánticamente. Freud (2013[1919]) se apresura a hacernos presente su conclusión: “lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo” (Freud; 2013 [1919]; pp. 220). El tipo de horror al que Freud se refiere es aquel que emerge dentro de lo familiar, un desplazamiento que hace que aquello que se experimenta como cercano adquiera el cariz de un tenebroso desasosiego. Freud repara en una referencia de Friedrich Schelling que le permite precisar la naturaleza de la vivencia que intenta discernir: “*unheimlich* es todo lo que, estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz” (Freud; 2013 [1919]; pp. 225).

7 Bella afirma sentirse mejor desde que comenzó una relación con Lautaro, un joven de 14 años que parece brindarle cierta *estabilidad*? en la sinuosa forma de transitar su vida. La contracara de ello es el hecho de que dicha relación implica la expulsión de Bella de su núcleo familiar debido al rechazo de la relación por la diferencia de edad. Si bien Bella afirma encontrarse en situación de calle por decisión propia, dado que podría volver a la vivienda familiar a condición de separarse de Lautaro, lo rechaza en gran parte condicionada por la imposibilidad de producir una separación con su pareja, quien se presenta de un modo totalizante ante la paciente, tomando la palabra por ella y decidiendo por ambos.

lla acude en el mes de febrero y relata estar embarazada y desconocer su edad gestacional. Refiere una FUM⁸ de finales del mes de agosto y que la noticia la tomó por “sorpresa”, ya que “no fue buscado”, ni imaginaba la posibilidad de un embarazo debido a que, por sus trastornos alimentarios, creía no estar en condiciones de concebir. Expresa también que no ha transmitido esta noticia a su familia, y muestra gran preocupación por la posible reacción. Se intentará el trazado de una estrategia en conjunto con su psicóloga tratante. En primera instancia, desde el punto de vista médico, se debía hacer diagnóstico certero de embarazo, al mismo tiempo que se le gestionara un espacio de escucha a la paciente. Ante la solicitud inicial de darle acceso a la paciente a una interrupción del embarazo y sin desmerecer la escucha de quien la tratara, se instalan las siguientes preguntas ¿cómo ubicaba Bella su embarazo discursivamente? ¿Qué hipótesis clínica se podía trazar, en virtud de la historia de Bella y la presentación actual? Si bien era una situación compleja, en el caso de darle acceso a la paciente para interrumpir el embarazo, había pasos que no se podían soslayar –teniendo en cuenta a su vez, que, si bien se estaba ante la edad gestacional límite para llevar a cabo una ILE, el efecto donde se trabajaba se especializa en interrupciones del segundo trimestre-. Se vuelve imperioso instalar un tiempo necesario desde la CSSyR, aun en la premura de la intervención. No obstante, la psicóloga tratante comienza a generar turnos en otras consejerías para gestionar acceso con mayor rapidez. Ahora bien, ¿la urgencia de quién partía? ¿Era la misma Bella quien re-

8 Fecha de última menstruación.



marcaba lo imperioso de una intervención? ¿Qué operaba en su psicóloga como obturador de la escucha? ¿Será acaso que el pedido radicaba en el temor respecto al impacto subjetivo que podía conllevar el embarazo en esta paciente?

Finalmente, Bella es recepcionada en el consultorio de salud sexual, donde se le brinda un espacio de escucha y despliegue de su situación subjetiva anudada a su estado de gravidez y no así de gravedad. Sin desconocer el entramado familiar y subjetivo de la paciente, se la escucha respecto al despliegue que podía hacer en torno a su embarazo. Sin dudas, la pregunta clínica rectora de la escucha estaba orientada al interrogar ¿a qué lugar viene este embarazo en el entramado subjetivo de Bella? Es así que, entre lágrimas, la paciente plantea que este embarazo lo siente como aquello que “le viene a dar sentido a mi vida” y que por lo único que lo interrumpiría es por la presión que estaba ejerciendo su abuela sobre ella, siendo objeto de amenazas en torno al desauxilio al que una vez más sería sometida por quien la crió. Su abuela, en la entrevista, refuerza lo dicho por Bella, sosteniendo su oposición a que la misma continúe con el embarazo y que de ahora en más “se las iba a tener que arreglar sola”. Finalmente, dando lugar a la palabra de la paciente y, sosteniendo como hipótesis clínica el carácter restitutivo de este embarazo en el entramado psíquico de Bella, se decide conjuntamente que la interrupción del embarazo no era un pedido de ella sino más bien de su entorno, no se le da acceso y se le brinda acompañamiento para poder llevar adelante su embarazo de la manera más apuntalada posible. Actualmente Bella está alojada en un refugio de madres jóvenes y cuenta

con la gestión de trabajo social y del área de Promoción Comunitaria de su localidad que la acompañan en el sustento económico, y con su equipo de salud mental para el sostentimiento de su maternidad.

Caso Abril. Vivencia de dolor y satisfacción ¿Dos caras de la moneda? Desde la CSSyR se recepciona consulta por parte de una trabajadora del hospital para su hija, quien quería consultar acerca de métodos anticonceptivos. Así, Abril, una joven adolescente de 15 años acude sola al espacio. Su presentación responde a una estética gótica, con predominio de prendas oscuras, tachas, prendas de cuerina y, en apariencia, en extremo producida desde su maquillaje hasta su cabello. Se evidencia una excesiva preocupación respecto de lo que a través de su imagen intenta comunicar al otro.

Se comienza indagando acerca de los motivos que la traen por allí, inaugurando así el espacio con la pregunta acerca de ¿qué métodos ella conoce y qué dudas esto le genera? Para sorpresa del equipo, la joven de 15 años cuenta con un vasto acervo de información respecto a los métodos que se utilizan para prevenir embarazos y enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual. Abril comienza a relatar aquello que realmente la inquieta y por lo que acude al espacio, es decir, acerca de cómo ella –junto con su novio de 19 años– llevan a cabo prácticas sexuales que conllevan cierto riesgo, no en términos exclusivos de un embarazo no deseado, sino en torno su integridad física y psíquica. Ella se define como alguien que “disfruta” de la práctica del BDSM⁹. A su vez, refiere: “Yo siento placer

⁹ El denominado BDSM es un término creado en 1990 para abarcar un grupo de prácticas eróticas y sexuales cuyas siglas significan: Bondage; Disciplina,

en el dolor y me considero hematofílica¹⁰”. Durante los encuentros sexuales recurre a cortarse y cortar superficialmente a su compañero para obtener “más placer”. Asimismo, lleva a cabo cortes autoinflingidos en situaciones que requieren de la búsqueda de cierto alivio. Todo ello hace preguntarse acerca del acontecer psíquico de la paciente en términos del modo en que lo corporal, lo real del cuerpo y el dolor se entraman en el afán por la búsqueda de cierta satisfacción. Ahora bien, se abre una pregunta respecto al modo de constitución subjetiva de esta joven de 15 años.

Trascendiendo apreciaciones morales acerca de estas prácticas, es importante centrarse en la narración de la paciente quien relata una escena donde los aparentes consensos respecto a lo permitido o no en el des–encuentro sexual con su novio se rompen traspasándose los límites establecidos y produciéndose así una escena en extremo abusiva, donde habrá que dilucidar si implica una violación. Su pregunta en torno a los métodos anticonceptivos en verdad se orientaba a saber si la toma de la píldora de anticoncepción de urgencia a la que recurrió había sido efectiva. Ante dicha pregunta, Abril comienza a desmontarse de ese semblante intimidante y procede a relatar que en uno de sus encuentros con el novio,

Dominación; Sumisión, Sadismo; y Masoquismo. Quienes se encuentran inmersos en este movimiento, antaño denominados sadomasoquistas y/o fetichistas, sostienen que esta serie de prácticas y aficiones se encuentran vinculadas a lo que se denomina sexualidades disidentes, no convencionales o alternativas. Las prácticas abarcadas por el BDSM incluyen gran cantidad de manifestaciones diferentes y, como práctica erótica, conlleva siempre el consenso de los participantes. Se distingue así del sadismo criminal.

10 Por hematofilia se entiende la atracción sexual por la sangre.

ella se encontraba “atada con ligaduras en manos y pies a la cama” cuando le pide que se ponga preservativo y él, teniendo el dominio de la situación, procede a la penetración sin protección, aludiendo a que estaba usando profiláctico. En el momento en que Abril comprende que su partener no había utilizado el método de barrera recurre en la toma de la “pastilla del día después”. En su relato parece no comprender la gravedad de lo acontecido, lo complejo de que aquello que ella entendía como consensuado y normalizado, desbordaba los acuerdos. ¿Hasta qué punto una joven de 15 años puede consentir un encuentro sexual de este tipo? ¿Qué lugar ocupa en la fantasmática de la paciente su excitación por el dolor? ¿Qué función cumple el dolor en el vivenciar psíquico en esta paciente?

Lo complejo del caso es la pregunta clínica acerca de ¿quién es el analista para juzgar la manera de gozar del sujeto? ¿Es posible sancionar algo aquí acerca del derecho al placer? Al mismo tiempo, se entra en tensión con el deber de denunciar el hecho de que una menor de edad ha sido objeto de una situación que, al menos, ha implicado violencia sexual. Dicha obligación, según la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes n° 26.061 (2005)¹¹, alcanza al personal de salud debiendo justamente informar cuando menores de edad han sido expuestos o sometidos a un abuso sexual, por considerarlas asunto aveniente al derecho público.

11 En su art. 9, plantea que “La persona que tome conocimiento de malos tratos, o de situaciones que atenten contra la integridad psíquica, física, sexual o moral de un niño, niña o adolescente, o cualquier otra violación a sus derechos, debe comunicar a la autoridad local de aplicación de la presente ley” (Ley N° 26.061; 2005; p. 4)



Ahora bien, en este caso, donde hay cierta renegación respecto a que aquella escena constituye un abuso a la integridad de Abril, implica una tensión inherente en torno a la lectura clínica del caso y las obligaciones legales como equipos de salud. Existe la obligación, pero también la preocupación respecto a que aquel deber conferido a los agentes de salud no obturen la oportunidad de intervenir para con ella, en tanto la preocupación por el deber denunciar la expulse a su vez, de un espacio que intenta alojarla. El tiempo será clave para que las intervenciones del equipo no redoblen la violencia experimentada por la paciente, aún no agendada en su discurso. Es justamente a través de las sucesivas entrevistas que la paciente hace mención de una situación de abuso vivenciada a sus 11 años, por parte de un primo, silenciada porque “no quería separar a la familia”, marca indeleble que ha trazado algo de ese enganche entre dolor y sexualidad que hoy presenta. Cabe destacar que esa situación ha sido judicializada y su primo se encuentra detenido por el hecho.

Reflexiones finales

Interrogar la clínica puesta en acto en la praxis psicoanalítica en diversos dispositivos implica tensionarla con otros dos aspectos fundamentales que hacen a la práctica situada del psicoanálisis, la clínica leída a la luz de la ética y el ejercicio político que implica llevar a cabo esta praxis. Aquellos intersticios a los que alude el título del presente artículo, justamente apuntan a echar luz sobre aquellos entrecruzamientos –y, por qué no, encrucijadas– que se dan cuando la escucha psicoanalítica se inscribe en encuadres a in-

augurar más allá del modelo que se piensa como convencional. Formar parte de una consejería de salud sexual en un tiempo previo al de la sanción de una ley nacional que contemple la interrupción voluntaria del embarazo, no sólo constituye un desafío en términos clínicos, sino que se torna, a su vez, un modo de militancia de los derechos de quienes tienen la capacidad de gestar. Sin dudas, no es un tema sencillo. Desde el inicio nos encontramos con tensiones entre aquello que se defiende en materia de derechos por un lado y, por otro, el sostener la posición ética que implica la escucha clínica desde la singularidad del caso por caso que, aunque parezca trillado, es el único modo en el que podemos intentar develar algo de ese sujeto sujetado al inconsciente que se esconde detrás de cada consultante.

En la consejería de salud sexual, lo primero que llega es el pedido de auxilio desesperado –en la mayoría de los casos– de una mujer que se encuentra en una situación que la desvía del curso habitual de su vida, algo así como lo que sucede cuando hablamos de crisis subjetivas en donde decimos que el sujeto se queda sin las respuestas con las que se venía manejando. Al auxilio desesperado se le suma el temor por la mirada del otro y, muchas veces entre lágrimas, el relato se hace presente como si fuera a la espera de una sentencia que juzgue una posible decisión. Hay tantos significantes que en ese momento se condensan, que se vuelve una tarea poco sencilla ir deshilvanándolos para luego armar un entramado diferente. Y así es posible comparar el trabajo en la CSSyR con el que se pone en juego en la clínica de la urgencia; ese deber de instalar un tiempo en el sin tiempo, introducir el compás de espera ante la desesperación de

quien tenemos frente nuestro. El convocar a pensarse en ese tiempo de la urgencia, es apostar a que esa decisión, que deja huella pueda ser introducida en una cadena significante y que aquel pedido no se banalice; es allí donde la labor del practicante del psicoanálisis es convocada.

Una de las mayores tensiones que se producen a la hora de pensar la práctica psi en el dispositivo de las CSSyR en particular, es la que se refiere a la contraposición entre el sujeto del derecho y del inconsciente. En tanto el sujeto del derecho y el sujeto del inconsciente freudiano son dos categorías que pertenecen no sólo a disciplinas diferentes, sino que también requieren de dos planos de análisis y abordaje diferenciados. En algunos ámbitos de intervención y práctica se superponen y es de este modo que se delimitan interrogantes en torno a dispositivos de abordaje; en este caso la sexualidad, la implementación de políticas públicas y su consecuente concepción del sujeto de derecho y el rol del practicante del psicoanálisis en dispositivos del ámbito hospitalario, de fuerte impronta de hegemonía médica, intentan introducir la dimensión singular de la sexualidad. Para el psicoanálisis no deja de generar ciertas tensiones, dando lugar a que una de las preguntas más complejas para el ejercicio del psicoanálisis o de posiciones psicoanalíticas en el contexto de las políticas públicas consiste en cómo se articula la posición abstinente propuesta por Freud con las exigencias de las políticas públicas de asistencia, que invitan generalmente a proveer, actuar sobre las carencias, lo cual implica un posicionamiento exactamente opuesto al freudiano. Y si las políticas públicas se ponen en correlación con potentes ideologías basadas en la restitución de

derechos –legítimos y necesarios en determinados contextos–, no deben confundir la concreción de derechos (...) con la trama fantasmática o la satisfacción del objeto inconsciente de deseo (Grimblat; 2019; p.296).

Ello lo vemos en las viñetas clínicas seleccionadas dado que, por un lado, se recorta el sujeto de derecho y, por otro, el sujeto del inconsciente, en tanto el psicoanálisis toma otros aspectos de la vida psíquica que no están dadas por el derecho, sino que apuntan a la realidad psíquica que viene a romper con la universalidad plasmada en las leyes. Si bien las políticas públicas en materia de derechos sexuales constituyen una herramienta y, como toda herramienta, puede tener diferentes finalidades; esa doble cara por un lado parece constituir la habilitación a derechos conquistados y, al mismo tiempo la conquista de los cuerpos camuflada en tales derechos. Así Ana, Bella y Abril, si bien llegan con realidades y problemáticas diferentes, muestran cómo en el espacio de consejería confluyen cuestiones que no pueden ser respondidas de manera unívoca y lineal, sino que enfrentan con lo complejo de la escucha psicoanalítica.

Ana trae consigo una pregunta que en apariencia podría ser respondida por el discurso médico de índole reduccionista y biologicista, mientras que lo que en verdad plantea excede a todo tipo de explicación lineal, ya que, discursivamente, su pregunta y las respuestas ensayadas transitan por carriles paralelos y no se entrecruzan. Ella necesita una respuesta que a su vez se ubica en el centro de su delirio, por ende, no puede ser saldada porque en ella se ontologiza su existencia. Hay algo en torno a lo real de la pregunta de la paciente en cuanto a la búsqueda de respuestas en relación a de qué



manera tener un hijo/concebirlo. Pero esa es una pregunta que apunta a lo estructural, que excede a una explicación pedagógica o didáctica como intentó la medicina.

Mientras tanto, el caso de Bella apunta a una cuestión fundamental, la posición abstinente de quien escucha. Ser abstinente no precisamente implica quedarse callado, sino que, allí, quien habla no es el analista en su estatuto de sujeto, sino en una función que lo inviste en ese momento. El intento de garantizar un derecho no puede hacerse avasallando otros que tienen que ver con la escucha del acontecer psíquico del sujeto. Entonces, en el pedido inicial de una interrupción del embarazo ¿acaso puede decirse que se encuentra un vestigio de la idea de la figura idealizada de la madre que obtura la posibilidad de que se pueda constituir de manera fallida la función materna? Pareciera reforzarse la creencia acerca de que el instinto materno nos hace a las mujeres seres acabados para la correcta ejecución de labores maternas. Ahora bien, si hay algo fallido en el entramado subjetivo, ¿ello constituye el fracaso en sí mismo de la maternidad? ¿Por qué el padecimiento subjetivo sería garantía de un riesgo en el acto de maternar cuando la clínica nos muestra innumerables situaciones de pacientes con padecimientos subjetivos graves que llevan a cabo su labor materna con las mismas dificultades a las que se enfrenta una madre no psicótica? Es desde la CSSyR que se intenta entonces deconstruir esa idea del bien hacer por codificación biológica y entrenamiento cultural de la mujer en tanto madre.

Por último, el caso Abril destaca lo disruptivo de la energía libidinal que se pone de manifiesto en torno a la sexualidad, el placer y el choque entre el sujeto del dere-

cho y las tramas inconscientes que atañen a las cuestiones inherentes a la relación de los sujetos y su sexualidad. Es así que si bien, en el documento de creación de las CSSyR (Ministerio de Salud; 2015; p.10) se habla del respeto de los derechos sexuales en lo referido a la vivencia de una sexualidad “liberamente elegida”, hasta dónde aquí esa aparente elección no está al servicio de lo traumático signado por ese abuso sexual en su infancia. Otra cuestión que se suma es la aveniente respecto a señalar punitivamente el modo de gozar de un sujeto, simultáneamente sobrepuerta al deber de denunciar un hecho de violencia sexual hacia una menor. Cabría destacar aquí “la función, no mediadora, sino media, de la angustia entre el goce y el deseo” (Lacan, J. (2006 [1962–63]; p.189) es decir, que la angustia se ubica en esa hianca entre el goce y el deseo, hace de médium, por lo cual el pasaje del goce al deseo no es sin angustia en tanto única traducción subjetiva del objeto a, así “el tiempo de la angustia no está ausente en la constitución del deseo, aunque esté siempre elidido, aunque no sea perceptible en lo concreto” (Lacan, J. (2006 [1962–63]; p.190). Así la expresión derecho al disfrute sexual es al menos una categoría conflictiva en la relación entre deseo y ley. Allí el acceso a derechos establece otras condiciones en la posibilidad de elección, no obstante al interior del espacio de escucha las coordenadas serán delimitadas en función de lo clínico, atendiendo a los tiempos lógicos del sujeto sufriente.

Ahora bien, sexualidad y locura, desde una perspectiva foucaultiana, son analizadores que interpelan a la sociedad y han sido considerados aspectos sobre los cuales el Estado se ha visto compelido a interve-

nir mediante técnicas de disciplinamiento y control a partir de dispositivos higienistas representativos de una biopolítica tradicional, la cual, al mismo tiempo que ejerce este control, despliega formas de violencia inherentes a su propia práctica, vale decir, aquello que se origina con fines sanitarios, se convierte en un modo de opresión, control y残酷. Esta contradicción entre lo sanitario y lo cruel genera un modo de acción particular sobre el cuerpo que caracteriza los modos de producción de subjetividad moderna: la normalización. Es importante destacar que, desde el punto de vista del bien hacer, se pueden reforzar modos violentos de manera casi imperceptibles, desde intervenciones erróneas del ámbito psí, producto del entorpecimiento de las mismas en tanto la clínica queda interceptada por el temor de lo que vendrá, la patologización y la falta de apuesta a lo que el sujeto pueda hacer con aquello que le acontece.

Tras un breve recorrido de diferentes situaciones que pueden encontrarse en la CSSyR –devenido actualmente en el consultorio de salud sexual–, se muestra la tensión en la trilogía clínica, ética y política, tensión que incomoda, pero a la vez se torna necesaria ya que implica repasar una y otra vez la praxis propia de quienes se posicionan respecto a una escucha psicoanalítica más allá del escenario donde se lleve a cabo. Muchas veces se corre el riesgo de quedar encapsulados justamente en este supuesto bien hacer y no en el bien decir, el interrogante psicoanalítico no sólo intenta situar al sujeto y su padecimiento, sino también intenta situar–nos frente a ese sujeto, con esa distancia necesaria, pero al mismo tiempo respetuoso de su acontecer psíquico. Silvia Bleichmar (2008) dirá que la ética está basa-

da en el principio del semejante, “la forma cómo yo enfrento mis responsabilidades hacia el otro, lo cual consiste en tener en cuenta la existencia, la presencia del otro. El sujeto ético es alguien capaz de sentir que el otro está sufriendo, empatizar con el sufrimiento del otro, sentirlo como una responsabilidad propia” (p.28), labor interesante para pensar en la práctica de la salud mental que, muchas veces, como se ha visto, queda avasallada por otros discursos, el de la hegemonía de la medicina, el de la ideología e incluso el de la reivindicación de conceptos vetustos que, en lugar de posibilitar intervenciones respecto a lo que le acontece al sujeto, lo dejan aún más desamparados.

Fernando Ulloa (1995) ha dejado en su legado el hecho de que un psicoanalista (...) habrá de operar sobre el tríptico salud mental/ ética/derechos humanos, como ruedas–engranajes del abordaje clínico. El atascamiento de uno de estos engranajes altera los otros, y la dinamización de uno cualquiera de ellos dinamiza a los demás. (...) Esta opción es algo inherente al psicoanálisis y su ética y no caben consideraciones samaritanas que de hecho cuestionarían al mismo psicoanálisis, reducido a práctica protecciónista” (p.231).

Justamente es que esos engranajes, operan no sin tensiones, desafíos propios de la clínica en un espacio de disputa entre discursos que si bien traccionan a la toma de posición, operan como motor para pensar una práctica situada y sus diferentes atravesamientos. Ante situaciones en las que se pone de manifiesto el interjuego entre lo más íntimo del sujeto y el control social, debe sostenerse una posición ética, sin dejar de lado el posicionamiento político que conlleva el trabajo en salud mental, teniendo como ho-

rizonte la certeza acerca de que la práctica analítica sea respetuosa del sufrimiento del otro, más allá del escenario en el que se lleve a cabo, ya sea en instituciones públicas como en el consultorio privado. Lo que interesa en la clínica es la interrogación no vacía, la inauguración de preguntas acerca de qué es lo que le sucede al sujeto, sus determinaciones, sus sujeciones y desenlaces, enganches y desenganches. La clínica, entonces, irá de la mano de una ética inherente al psicoanálisis y desde el ejercicio de una política que inspira al sostenimiento de la subversión del sujeto, intentando siempre mantener analizada la posición personal del analista.

Referencias bibliográficas

- Bleichmar, S. (s/f). *La producción de subjetividad y la constitución del psiquismo* Disponible en <http://www.silviableichmar.com/articulos/articulo8.htm>
- Diccionario de la Real Academia Española (2022). Recuperado de <https://dle.rae.es/disfrutar#DusQUW3>
- Freud, S. (2013 [1905–1903]). Tres ensayos de una teoría sexual en *Obras Completas Tomo VII*. P.134.
- Freud, S. (2013 [1894]). Las neurosis de defensa. En *Obras completas Vol. III*. Buenos Aires, Amorrortu. P. 49
- Freud, S. (2013 [1919]). Lo ominoso en *Obras Completas Tomo XVII*; Buenos Aires, Amorrortu. P. 220–225
- Foucault, M. (2008 [1976]). *Historia de la Sexualidad. Vol. 1* La voluntad del saber; Buenos Aires, Siglo XXI. P. 149
- Grimblat, S (2019). *Vigilar y Alimentar. La metamorfosis de las políticas públicas, de la vigilancia disciplinar a las tecnologías de control y monitoreo*; Rosario, Laborde Editor. P. 296
- Lacan, J (2015 [1962–1963]); Seminario 10 “*La angustia*”; Editorial Paidós; 14º reimpresión; Bs. As. P. 189–190
- Langer, M (2002). *Caí en idealizar la maternidad* en Página /12 (8 de agosto de 2002); Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-8633-2002-08-08.html> S/N
- *Ley Nacional de Interrupción voluntaria y legal del embarazo N° 27.610*. Boletín Oficial N° 34562; Buenos Aires; 158 de Enero de 2021. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
- *Ley Nacional Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° Ley 26.061* Boletín oficial 21 de octubre de 2005; Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*; México, Alianza editorial mexicana. P.83
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2015). *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo*; 2ª edición reelaborada y actualizada; Argentina; Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento190.pdf>. P. 10–11
- Souza Campos, G. (2009 [2001]). *La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada en Gestión en salud. En defensa de la vida*; Buenos Aires, Lugar Editorial. P.74
- Ulloa, F (1995) *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*; Buenos Aires, Paidós. P.231